

# La psychothérapie interpersonnelle (PTI) pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées

## Interpersonal psychotherapy in the treatment of depression in older adults

## La psicoterapia interpersonal (PTI) en el tratamiento de la depresión en los ancianos

## A psicoterapia interpeçoal (TIP) para o tratamento da depressão nas pessoas idosas

Marie-Geneviève Iselin et Gregory A. Hinrichsen

Volume 33, numéro 2, automne 2008

La psychothérapie interpersonnelle

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/019669ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/019669ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Iselin, M.-G. & Hinrichsen, G. A. (2008). La psychothérapie interpersonnelle (PTI) pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 67–85. <https://doi.org/10.7202/019669ar>

### Résumé de l'article

Dans cet article, les auteurs expliquent pourquoi la psychothérapie interpersonnelle (PTI) est un traitement psychosocial particulièrement efficace pour soigner la dépression chez les personnes âgées. Ils abordent des questions qui peuvent surgir lors de la mise en oeuvre de la PTI auprès de personnes âgées et examinent les études portant sur des personnes âgées traitées à l'aide de la PTI. Enfin, ils présentent deux vignettes cliniques qui illustrent l'application de la PTI à ce groupe de personnes. La PTI convient particulièrement bien aux personnes âgées en dépression, car les problématiques abordées s'apparentent grandement aux difficultés auxquelles les aînés font face et qui peuvent, chez certains, déclencher la dépression. De plus, la PTI convient bien aux personnes âgées à cause de ses composantes psychoéducatives, de son recours au paradigme médical et de sa nature coopérative, axée sur les problèmes et circonscrite dans le temps. Bien que la PTI demande très peu d'adaptation pour son application aux personnes âgées, elle devrait s'appuyer sur des connaissances en gériatrie et en psychologie gériatrique. Certaines études, de même que notre pratique clinique, indiquent que le traitement intensif (c'est-à-dire hebdomadaire) en psychothérapie interpersonnelle réduit les symptômes de la dépression chez les personnes âgées, mais il faudra davantage d'études pour confirmer cette hypothèse. Le counseling interpersonnel — une version modifiée de la PTI — a démontré son efficacité dans le traitement des symptômes de la dépression chez les personnes âgées ayant des problèmes médicaux. La poursuite du traitement ou le traitement de maintien en PTI sur une base mensuelle s'est avéré bénéfique chez certaines personnes âgées souffrant de pathologie dépressive grave. Les auteurs présentent deux cas qui illustrent la mise en oeuvre de la PTI. Le premier cas porte sur les conflits interpersonnels, alors que le deuxième est axé sur les transitions de rôles.



## La psychothérapie interpersonnelle (PTI) pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées

Marie-Geneviève Iselin\*

Gregory A. Hinrichsen\*\*

Dans cet article, les auteurs expliquent pourquoi la psychothérapie interpersonnelle (PTI) est un traitement psychosocial particulièrement efficace pour soigner la dépression chez les personnes âgées. Ils abordent des questions qui peuvent surgir lors de la mise en œuvre de la PTI auprès de personnes âgées et examinent les études portant sur des personnes âgées traitées à l'aide de la PTI. Enfin, ils présentent deux vignettes cliniques qui illustrent l'application de la PTI à ce groupe de personnes. La PTI convient particulièrement bien aux personnes âgées en dépression, car les problématiques abordées s'apparentent grandement aux difficultés auxquelles les aînés font face et qui peuvent, chez certains, déclencher la dépression. De plus, la PTI convient bien aux personnes âgées à cause de ses composantes psychoéducatives, de son recours au paradigme médical et de sa nature coopérative, axée sur les problèmes et circonscrite dans le temps. Bien que la PTI demande très peu d'adaptation pour son application aux personnes âgées, elle devrait s'appuyer sur des connaissances en gérontologie et en psychologie gériatrique. Certaines études, de même que notre pratique clinique, indiquent que le traitement intensif (c'est-à-dire hebdomadaire) en psychothérapie interpersonnelle réduit les symptômes de la dépression chez les personnes âgées, mais il faudrait davantage d'études pour confirmer cette hypothèse. Le counseling interpersonnel — une version modifiée de la PTI — a démontré son efficacité dans le traitement des symptômes de la dépression chez les personnes âgées ayant des problèmes médicaux. La poursuite du traitement ou le traitement de maintien en PTI sur une base mensuelle s'est avéré bénéfique chez certaines personnes âgées souffrant de pathologie dépressive grave. Les auteurs présentent deux cas qui illustrent la mise en œuvre de la PTI. Le premier cas porte sur les conflits interpersonnels, alors que le deuxième est axé sur les transitions de rôles.

**B**ien que l'étude épidémiologique de Weissman et al., réalisée en 1991 (*Epidemiologic Catchment Area Study*, 1991), ait constaté que la prévalence de la dépression est moins importante chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes, un nombre important de

\* Marie-Geneviève Iselin, Ph.D., psychologue en poste, Clinique de psychiatrie gériatrique, Hôpital Zucker-Hillside (North Shore-Long Island Jewish Health System), Pavillon des soins ambulatoires, Glen Oaks, New York.

\*\* Gregory A. Hinrichsen, Ph.D., membre bénévole du personnel, tant à l'Hôpital Zucker Hillside que dans le réseau de santé North Shore-Long Island Jewish.

personnes âgées souffrent de dépression majeure et de dysthymie et ce, surtout lorsqu'elles ont des problèmes de santé physique (Blazer, 2003) et vivent des événements stressants tels qu'avoir à prendre soin d'un proche malade (Schulz et al., 1995) ou à subir la perte de parents ou d'amis. Un corpus important d'études indique que les personnes âgées retirent des avantages de la psychothérapie dans le traitement de la dépression et d'autres troubles mentaux (Scogin et McElreath, 1994). Dans cet article, nous tenterons de démontrer que la psychothérapie interpersonnelle (PTI) peut jouer un rôle important dans le traitement psychosocial de la dépression chez les personnes âgées. On décrit dans d'autres articles de ce numéro (Streit et Leblanc), et ailleurs (Weissman et al., 2000), l'origine, les fondements, la structure, la mise en œuvre et les diverses applications de la PTI. Dans cet article, nous porterons donc surtout notre attention sur : 1) ce qui explique pourquoi la PTI semble convenir particulièrement bien aux personnes âgées souffrant de dépression ; 2) les questions à surveiller dans la mise en œuvre de la PTI auprès de personnes âgées ; 3) les études sur les personnes âgées soignées à l'aide de la PTI, et 4) deux cas qui illustrent l'application de cette approche thérapeutique auprès de personnes âgées.

### **Pourquoi la PTI semble si bien convenir aux personnes âgées souffrant de dépression ?**

#### ***Les transitions de rôle difficiles***

Des spécialistes de la gérontologie sociale (Rosow, 1967) ont documenté la perte de rôles sociaux — très courante et peut-être problématique — dans l'âge adulte avancé. On relève le plus souvent la perte des rôles professionnels et parentaux. Malgré ces changements, la plupart des adultes âgés s'adaptent assez bien, quoiqu'une minorité d'entre eux risquent la dépression. Plus récemment, les gérontologues ont abordé le stress lié à l'acquisition de nouveaux rôles à un âge avancé, y compris celui de soignant d'un parent âgé atteint de démence ou d'autres problèmes de santé (Schulz et al., 1995) ; des changements de son propre état de santé, passant d'une personne qui se porte « bien » à celle de personne malade (Bruce, 2002), et la prise en charge parentale de petits-enfants (Pruchno, 1999). Certaines personnes âgées sont aussi confrontées à un changement de domicile, y compris le déménagement dans une résidence pour personnes semi-autonomes ou un foyer de soins. Du point de vue du développement adulte et du vieillissement, les transitions de rôles perturbent la structure de vie en place (Levinson, 1978) et le sens du soi (Whitbourne, 1987). En pratique clinique, nous constatons que les transitions de rôle liées à la santé sont courantes chez

les personnes âgées qui consultent. Le cas clinique classique comprend la conjointe en dépression qui prodigue des soins à un conjoint en perte cognitive, ou un adulte relativement en santé qui, pour la première fois, vit l'arrivée de problèmes de santé qui nuisent à son fonctionnement (Hinrichsen et Clougherty, 2006).

### ***Les conflits interpersonnels***

Malgré la caractérisation négative et stéréotypée des personnes âgées en tant que personnes isolées, abandonnées par leur famille, la plupart des adultes âgés entretiennent des relations significatives et satisfaisantes avec leurs familles et leurs amis (Shanas, 1979). En réalité, certaines études indiquent que les couples plus âgés font preuve d'une meilleure capacité à gérer les conflits conjugaux que les couples plus jeunes (Carstensen et al., 1995). Certaines personnes âgées vivent cependant dans leurs relations interpersonnelles des difficultés dont la présence a été liée à l'augmentation du risque de symptômes dépressifs et de pathologies dépressives identifiables (Hinrichsen et Emery, 2005). De plus, la dépression vient ajouter une tension dans les relations interpersonnelles — relations dont la personne âgée pourrait avoir besoin pour se rétablir de sa dépression (Hinrichsen et al., 1992; Hooley et al., 1986; Liptzin et al., 1988). Le risque de suicide est plus élevé chez les personnes âgées si les rapports sociaux sont tendus (Conwell et al., 2002). Au sein des couples qui se sont formés plus tard dans la vie, les difficultés liées à la communication et à la résolution de problèmes sont plus graves chez l'un des conjoints quand l'autre souffre de dépression (Sandberg et al., 2002). Aussi, vivre avec un conjoint déprimé augmente le risque de dépression chez l'autre conjoint (Tower et Kasl, 1996). On a pu faire le lien entre des critiques formulées par un membre de la famille au sujet d'une personne âgée déprimée et le risque de rechute (Hinrichsen et Pollack, 1997).

En pratique clinique, les conflits concernent habituellement le conjoint ou partenaire, un enfant adulte, une sœur ou un frère. Certains couples âgés éprouvent des difficultés conjugales de longue date qui se sont exacerbées; d'autres qui avaient eu par le passé une relation relativement harmonieuse se retrouvent maintenant en conflit. Les conflits avec les enfants adultes pourraient provenir de différences quant aux attentes au sujet de la fréquence des visites des petits-enfants, de questions monétaires, ou de l'exacerbation de problèmes de longue date. Certaines personnes âgées ont des relations conflictuelles avec des enfants qui éprouvent des difficultés dans la vie, notamment l'abus d'alcool ou de drogues, la maladie mentale ou des démêlés avec la justice (Hinrichsen et Clougherty, 2006).

### ***Le deuil pathologique***

La perte du conjoint est un événement courant chez les personnes âgées. Chaque année en Amérique du Nord, 1,6 % des hommes âgés et 3 % des femmes âgées perdent un conjoint (Murrell et Himmelfarb, 1989). Le décès du conjoint ou d'un être cher constitue un facteur de risque de dépression (Bruce, 2002). Zisook et Shuchter (1991) ont constaté que 25 % des personnes âgées qui ont perdu un conjoint répondaient aux critères de troubles dépressifs graves de deux à sept mois après le décès de leur conjoint, alors que 15 % répondaient toujours à ces critères treize mois après le décès du conjoint, comparativement à 4 % des personnes âgées dont le conjoint est encore vivant. Le deuil est aussi un facteur de risque de suicide, surtout chez les hommes âgés (Conwell, 1994). En pratique clinique, le deuil est associé à la perte d'un conjoint, mais on pourrait aussi l'associer à la mort d'un partenaire (avec qui le client n'est pas marié), d'enfants adultes, d'une sœur, d'un frère ou de petits-enfants.

### ***Les déficits interpersonnels***

Certaines personnes ont affiché des déficits interpersonnels toute leur vie. Elles ont des problèmes à amorcer et à entretenir des relations, bien qu'elles éprouvent le désir d'entrer en relation. L'isolement social a été associé à la dépression (Bruce, 2002). En pratique clinique auprès des personnes âgées, les personnes ayant des déficits interpersonnels sont beaucoup moins susceptibles de consulter que les personnes âgées ayant d'autres problèmes pertinents au plan interpersonnel. Une personne âgée ayant des déficits interpersonnels traitée au moyen de la psychothérapie interpersonnelle dans le cadre de notre pratique clinique avait eu peu de relations sociales tout au long de sa vie. Au décès de sa vieille mère, elle s'en rendit compte et manifesta le désir d'apprendre à établir des relations avec les autres. À notre point de vue, on peut aussi constater des déficits interpersonnels chez les personnes âgées qui ont entretenu un réseau adéquat de relations sociales quand elles étaient plus jeunes, mais qui font maintenant face à l'effritement de leur réseau à mesure que des amis et parents décèdent, déménagent ou deviennent moins disponibles à cause de problèmes de santé.

### ***Composantes psychoéducatives et recours au paradigme médical***

Chez les adultes âgés, on perçoit parfois que la dépression (ou une autre maladie mentale) est une preuve de faille morale, de paresse, de faiblesse de caractère ou de manque de volonté. La manière explicite dont la PTI aborde le diagnostic psychiatrique et décrit les troubles

dépressifs graves en tant que trouble médical fait du sens aux yeux de nombreuses personnes âgées ce qui, souvent, réduit leurs sentiments d'auto-condamnation et de culpabilité. Parfois, nous repassons les critères du trouble dépressif grave du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV, *American Psychiatric Association*, 1994) avec les personnes âgées en PTI, afin de souligner que leur état est un problème de santé mentale identifiable que l'on observe aussi chez d'autres personnes. Tout au long du traitement en PTI, nous nous servons aussi d'échelles de mesure de la dépression qui donnent un indice numérique de la sévérité de la dépression. Plusieurs personnes âgées connaissent déjà des indices de santé médicaux (par exemple le taux de cholestérol, l'hypertension artérielle) et le recours à un indice de sévérité de la dépression peut concrètement leur démontrer que la dépression s'atténue au cours du traitement. De plus, la stratégie de la PTI d'accorder au patient le « rôle de malade » lui signale que la dépression majeure nuit au fonctionnement, ce qui lui permet de réduire temporairement les activités qui sont particulièrement exigeantes.

### ***Difficultés de la mise en œuvre de la psychothérapie interpersonnelle chez les personnes âgées***

Bien que la psychothérapie interpersonnelle ait été développée à l'intention d'adultes plus jeunes, elle requiert très peu d'adaptation pour son application chez des adultes plus âgés (Miller et Silberman, 1996 ; Hinrichsen, 1997). L'esprit de la PTI correspond aux recommandations générales pour mener une psychothérapie auprès des personnes âgées — c'est-à-dire que la thérapie est axée sur les problèmes et qu'elle est de nature coopérative (Knight, 2004). Avant d'appliquer la PTI auprès de personnes âgées, on devrait comprendre en gros les problèmes que ces personnes rencontrent, les normes et les valeurs particulières à chacune des cohortes de personnes âgées, les forces et les problèmes de développement habituellement observés chez les personnes âgées, ainsi que les institutions et les programmes qui font partie intégrante de la vie de la plupart des personnes vieillissantes (Knight, 2004). On invite le lecteur à consulter le document de l'Association américaine de psychologie (*American Psychological Association*, 2004) intitulé *Guidelines for Psychological Practice with Older Adults* qui présente les domaines de connaissances et d'habiletés recommandées pour agir avec compétence auprès de ces personnes.

Certaines questions pratiques peuvent surgir au cours du traitement en PTI de personnes âgées. En premier lieu, le thérapeute pourra avoir au cours des premières séances de la difficulté à réaliser

l'inventaire interpersonnel dans le temps alloué. Comparativement aux adultes plus jeunes, les personnes âgées ont accumulé beaucoup plus de liens. Le thérapeute doit porter son attention aux relations actuelles, mais aussi examiner les relations antérieures pour voir si ces dernières sont pertinentes par rapport aux présents problèmes. Deuxièmement, les thérapeutes dont l'expérience clinique auprès des personnes âgées est limitée pourraient être pessimistes quant à la possibilité de changement significatif chez cette clientèle. Des études ont constaté que bon nombre de personnes âgées font preuve de résilience et de capacités d'adaptation, et qu'elles sont capables de changement, même si elles ont de nombreux problèmes (*APA Working Group on the Older Adult*, 1998 ; Scogin et McElreath, 1994). Troisièmement, certaines personnes âgées éprouvent de la difficulté à maintenir un focus au cours des séances de psychothérapie interpersonnelle. Des chercheurs dans le domaine de la cognition (Arbuckle et al., 2000) ont identifié le phénomène de « verbosité qui s'égare » chez les personnes âgées et suggèrent que ce phénomène pourrait être lié aux changements dans le cerveau vieillissant qui rendent difficile la cohérence verbale. En clinique, cette question peut être abordée en clarifiant d'abord pour l'individu le cadre de travail de la PTI, et en réorientant la personne âgée vers le domaine problématique pertinent. Certaines personnes âgées pourraient avoir besoin de réorientation tout au long de la psychothérapie, mais la plupart d'entre elles répondent bien aux efforts du thérapeute. Enfin, le thérapeute pourrait hésiter à mettre fin à la PTI après seize séances. Étant donné que les personnes âgées vivent souvent des problèmes continus (particulièrement quand il s'agit de problèmes de santé), le thérapeute pourrait se sentir protecteur face à la personne âgée et ne pas vouloir terminer la thérapie. Certains thérapeutes présument (à tort) que les personnes âgées vont désirer poursuivre la thérapie au delà de 16 semaines. Une forme de maintien de la PTI peut certes être très utile pour certaines personnes âgées, mais le thérapeute doit évaluer sur le plan clinique la nécessité de prolonger le traitement au delà des seize semaines et s'assurer de l'intérêt du patient à poursuivre la démarche.

### **Les études portant sur la psychothérapie interpersonnelle chez les personnes âgées**

On peut répartir la recherche effectuée sur la PTI auprès des personnes âgées en deux catégories — les études qui évaluent l'efficacité de la PTI dans le traitement intensif de la dépression, et celles qui évaluent l'efficacité de la PTI pour réduire la probabilité de récurrence de la dépression (études portant sur la poursuite du traitement et le traitement de maintien).



## Traitement intensif de la dépression

Rothblum et al. (1982) ont été les premiers à évaluer l'efficacité de la PTI chez les personnes âgées. S'appuyant sur des données pilotes, on a constaté, qu'avec seulement six semaines de traitement en PTI associée à une médication d'antidépresseurs, plus des trois cinquièmes des participants avaient vu leur état s'améliorer de manière significative. Sloane et al. (1985) ont évalué l'efficacité d'un traitement intensif en PTI chez les personnes âgées à l'aide d'un modèle d'étude randomisée et contrôlée (PTI, médication d'antidépresseurs ou placebo). Une amélioration clinique de 30 % mesurée à l'échelle HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*; Hamilton, 1960) à la sixième semaine était plus fréquente dans le groupe de patients âgés en PTI et dans le groupe sous médication, que dans le groupe contrôle. Aussi, aucun participant au traitement en PTI n'a abandonné la thérapie, alors que plusieurs membres du groupe sous médication l'ont fait. Les auteurs ont souligné cet aspect, étant donné que les adultes plus âgés sont plus sensibles que les adultes plus jeunes aux effets secondaires de la médication. Certaines personnes âgées peuvent donc être mieux soignées avec la seule psychothérapie. Mossey et al. (1996) ont évalué l'efficacité d'une version abrégée de la PTI, le counseling interpersonnel (CIP; Klerman et al., 1987), destinée à être administrée dans un environnement médical. Aléatoirement, on a assigné au traitement en CIP ou au « traitement habituel » des aînés hospitalisés pour des problèmes médicaux qui manifestaient des symptômes dépressifs sans répondre aux critères de dépression majeure ou de dysthymie. On a défini « traitement habituel » comme étant une exposition à tout service de santé mentale pendant la durée de l'étude. À six mois, un peu plus du tiers des patients qui avaient reçu un « traitement habituel » affichaient une réduction importante des symptômes, comparativement à plus des trois cinquièmes des patients en CIP. Bien qu'il reste à mener un vaste essai clinique randomisé du traitement en PTI de la dépression aiguë chez des aînés, ces études portent à croire que le traitement en PTI peut être utile.

## Poursuite du traitement ou traitement de maintien de la dépression

Plusieurs études sur le traitement de maintien ont été réalisées par un groupe de recherche de l'Université de Pittsburgh, afin d'établir quels traitements sont les plus efficaces pour prévenir ou retarder la récurrence épisodique de la dépression. Ces études ont aussi fourni des données qui permettent d'appuyer l'utilité de la combinaison PTI et médication dans le traitement intensif de la dépression.



Reynolds et al. (1999) ont traité un grand groupe d'ânés ayant un diagnostic de dépression majeure récurrente, à la fois en PTI sur une base hebdomadaire et avec une médication à la nortriptyline. La plupart (78 %) des ânés ont connu une amélioration significative et soutenue ; on les a ensuite répartis au hasard à l'une des quatre conditions de maintien : nortriptyline, placebo, PTI et placebo, et PTI avec nortriptyline. La médication et le placebo étaient aussi assortis de visites cliniques pour évaluer les symptômes. Le maintien à l'aide de PTI n'a été dispensé que sur une base mensuelle. Au cours de la phase de maintien, les taux de récurrence ont été les plus élevés dans la condition placebo (90 %) ; suivis par la condition de placebo et PTI (64 %) ; par celle de médication (43 %), puis par la condition médication et PTI (20 %). Étant donné que les ânés présentent souvent une combinaison de comorbidités médicales et de problèmes psychosociaux, les auteurs ont conclu que la médication et la PTI constituent le traitement de maintien préférable pour ceux qui souffrent de dépression récurrente.

Plus récemment, Reynolds et al. (2006) ont réalisé une autre étude sur le traitement de stabilisation et le traitement de maintien de la dépression chez les personnes âgées ; les participants étaient plus âgés que dans la première étude (Reynolds et al., 1999). La plupart des participants de cette étude présentaient un premier épisode de dépression, contrairement à leur première étude où tous les patients avaient vécu une dépression récurrente. L'étude était du même modèle que celui de l'étude de 1999, sauf que l'antidépresseur prescrit était un inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (ISRS), et non un antidépresseur tricyclique comme dans la première étude. À la fin de la phase de traitement intensif, plus des trois quarts des participants étaient en rémission. Les résultats du traitement de maintien ont indiqué que la seule médication réduisait la probabilité de récurrence, et non pas le traitement mensuel en PTI. La différence des conclusions de cette étude comparativement à celles de l'étude de 1999 sur la dépression chez des sujets âgés pourrait s'expliquer, notamment, par le fait que les participants étaient beaucoup plus âgés, ce qui accroît les probabilités de déficits cognitifs et de comorbidités médicales. Les auteurs ont aussi signalé que la plupart des participants de l'étude 2006 avaient connu un premier épisode de dépression, contrairement aux participants de la première étude qui avaient tous une dépression récurrente. La dépression tardive chez les personnes âgées est associée au risque de démence vasculaire (Alexopoulos et al., 1997), qui pourrait rendre la psychothérapie moins efficace.

En bref, il y a des indices qui indiquent que la PTI peut servir au traitement intensif de la dépression chez les ânés, mais il reste

nécessaire d'effectuer un essai clinique définitif et randomisé avec contrôle. Environ trois quarts des personnes âgées qui sont à la fois traitées avec la PTI et la médication d'antidépresseurs affichent une diminution importante des symptômes de dépression. La psychothérapie interpersonnelle sur une base mensuelle est utile pour le traitement de stabilisation ou le traitement de maintien de la dépression récurrente chez certaines des personnes âgées (que nous caractériserions comme les « jeunes vieux »), mais pas chez les adultes encore plus âgés dont la plupart ont vécu un premier épisode de dépression majeure à un âge avancé. Le counseling interpersonnel à l'intention des personnes âgées malades physiquement et souffrant de symptômes dépressifs a démontré son efficacité pour réduire les symptômes dépressifs.

## **Exemples de cas en PTI**

### ***Les transitions de rôle difficiles***

DT est une retraitée de 78 ans, caucasienne et de religion protestante, qui avait été référée en psychothérapie par un psychiatre après avoir été hospitalisée pour une dépression grave. Au cours des premières séances de psychothérapie interpersonnelle, le thérapeute s'est servi de l'échelle de mesure de la dépression HDRS ; la patiente a obtenu un score de 14. Le thérapeute a aussi confirmé qu'elle répondait aux critères de Dépression majeure en repassant les critères du DSM-IV avec la patiente. DT prenait des psychotropes qui lui avaient été prescrits pendant son hospitalisation. Son dossier médical révélait que la patiente avait des antécédents de 25 ans de dépression avec une tentative de suicide par surdose dès le premier épisode. DT affirma malgré tout qu'il s'agissait de son premier épisode de dépression. Ce dernier épisode de dépression semblait lié à l'hospitalisation de son mari par suite d'une fracture à l'épaule et à la hanche un an auparavant. Elle croyait être devenue dépressive parce que l'état de son mari à l'hôpital ne s'améliorait pas, que sa mobilité était considérablement restreinte et qu'il avait commencé à manifester des symptômes d'ordre comportemental et cognitif. DT sentait qu'elle avait perdu son partenaire. Le thérapeute remplit l'inventaire interpersonnel qui montrait un long historique de liens sociaux plutôt bons. Au cours de la dernière année, elle avait toutefois coupé tout lien avec « sa vie antérieure » — ses amis et un éventail d'activités sociales. L'inventaire interpersonnel révélait aussi que DT avait eu une carrière réussie et qu'elle avait contracté son premier mariage avec son conjoint actuel lorsqu'elle était à la fin de la trentaine. Elle et son conjoint avaient une bonne relation, mais les choses avaient changé de façon spectaculaire au cours de la dernière année ; elle était devenue soignante d'une personne qui affichait des

déficits fonctionnels et cognitifs importants. Pour compliquer davantage la situation, son mari refusait de consulter un neurologue pour faire évaluer sa perte cognitive; de plus, il s'imaginait qu'elle fréquentait d'autres hommes et il parlait sans cesse du passé. DT a rapporté qu'ils avaient des querelles tous les jours, et qu'il lui arrivait de vouloir le frapper. À la fin des premières séances, le thérapeute présenta le résumé de sa compréhension des difficultés de DT, ainsi qu'un plan de traitement. Ce résumé comprenait une réaffirmation qu'elle souffrait d'une pathologie dépressive grave, et que sa dépression semblait avoir été déclenchée par la transition de son rôle de conjointe au rôle de soignante auprès d'un mari qui manifestait des changements importants au plan comportemental et cognitif. Le thérapeute recommanda que DT entreprenne une psychothérapie interpersonnelle, afin de réduire de manière importante ses symptômes dépressifs et d'améliorer ses capacités de composer avec son nouveau rôle de soignante. DT était surtout intéressée à apprendre de meilleurs moyens de gérer de fortes émotions et de mieux réagir aux comportements de son mari. Elle voulait aussi trouver des activités qu'elle apprécierait et (re) développer des relations sociales.

Au cours de la phase intermédiaire du traitement, DT a d'abord travaillé à rétablir certaines activités antérieures et d'anciennes relations amicales. Elle précisa comment elle évitait présentement les contacts avec ses amis et identifia des façons de reprendre confortablement contact avec eux. Elle examina les options pour amener son mari à consulter un neurologue et examina ses sentiments au sujet de la perte de sa relation avec lui. Afin de réduire les conflits interpersonnels avec son mari, DT examina des façons de mieux communiquer avec lui en tenant compte de ses déficits cognitifs. De plus, on a incité DT à repérer non seulement les aspects positifs, mais aussi certains aspects négatifs de sa relation antérieure avec son mari.

Au bout de la huitième séance, DT a obtenu un score de 0 à l'échelle HDRS, affirmant qu'elle se sentait à nouveau elle-même. Au cours des séances 8 à 13, DT a continué de travailler à améliorer la communication avec son mari. Le thérapeute continua à l'encourager à trouver des moyens d'améliorer ses capacités de fonctionner dans le rôle de soignante, à clarifier et à exprimer les sentiments s'y rattachant, et à composer avec la perte de sa relation antérieure avec son mari. DT recommença à participer à un groupe confessionnel, très contente de l'accueil chaleureux qu'elle y reçut, et sentant que les membres du groupe l'encourageaient et la soutenaient. Bien qu'elle exprimât l'espoir que son mari se rétablisse pleinement, elle reconnaissait que ce souhait

n'était pas réaliste. À la fin des séances intermédiaires, le mari de DT subit deux fractures des os après une autre chute. DT fut alors atteinte de pneumonie et subit un léger accident cérébrovasculaire. Malgré ces revers, DT n'a pas connu de récurrence des symptômes dépressifs et se montra optimiste face à ses capacités d'assumer ses responsabilités de soignante.

À cause des problèmes de santé continuels de DT, on n'a pas mené les séances de la phase finale de la PTI. Le thérapeute a toutefois conversé avec elle au téléphone ; le thérapeute a pris en compte les efforts de la patiente pour améliorer ses capacités de fonctionner dans son rôle de soignante et l'importante amélioration de ses symptômes dépressifs au cours du traitement. Le thérapeute souligna que la patiente avait atteint les deux principaux objectifs de la psychothérapie. La patiente a ensuite été référée à un service de santé mentale s'occupant de personnes âgées à domicile ; elle fut subséquemment suivie par un travailleur social de clinique qui a plus tard indiqué que la patiente restait sans symptôme malgré ses problèmes de santé et ses responsabilités continues de soignante.

### ***Conflits interpersonnels***

AS est un avocat de 69 ans, caucasien de confession catholique, qui demanda un traitement psychothérapique pour des symptômes d'humeur dépressive, de culpabilité, d'anxiété, de perte de poids marquée et de dépersonnalisation. Deux mois avant de commencer le traitement, AS s'était séparé de son épouse de longue date après une dispute verbale ayant escaladé jusqu'à la violence physique. La police avait été appelée et une poursuite légale logée contre le patient. AS n'était pas retourné chez lui, allant plutôt habiter chez sa fille un moment avant d'emménager dans son propre logement. Au cours des premières séances, le thérapeute appliqua l'échelle HDRS à laquelle AS obtint un score de 13. AS répondait aussi aux critères d'une dépression majeure récurrente. L'inventaire interpersonnel révéla que la relation de AS avec sa conjointe n'était plus aimante depuis plusieurs années et qu'elle était empreinte de conflits. Toutefois, AS désirait toujours se retrouver avec elle. Sa relation avec ses enfants adultes était distante. La seule manière dont il savait leur montrer de l'affection, c'était de leur offrir des cadeaux somptueux — cadeaux qu'ils n'appréciaient pas à leur juste valeur, à son avis. AS avait eu très peu d'amis au cours de sa vie et il se sentait actuellement très isolé. Il était clair que le traitement en PTI serait axé sur les conflits interpersonnels. AS indiqua que l'objectif premier du traitement était d'arriver à composer avec les

problèmes dans la relation avec son épouse. Entre autres objectifs secondaires, il voulait développer une relation plus étroite avec ses deux enfants et arriver à mieux entrer en relation avec les autres.

Au cours des séances intermédiaires, le thérapeute a aidé AS à préciser le stade actuel du conflit avec son épouse. Bien que la relation semblât s'orienter vers la dissolution, AS espérait que lui et sa femme puissent poursuivre leur relation. Il travailla à préciser les questions soulevées dans le conflit en cours, les différences quant aux attentes et aux valeurs, et la probabilité d'améliorer les problèmes relationnels. Il était clairement ambivalent. Tout au long de sa vie, il avait été complètement dépendant de son épouse pour la conduite de sa vie professionnelle et interpersonnelle : « Elle me faisait me sentir un « vrai » avocat, et grâce à elle j'ai gagné beaucoup d'argent. Sans elle, je ne suis rien ». Étant donné les problèmes continus dans ses relations sociales et d'affaires, son monde était axé sur son épouse et sur ses enfants. D'autre part, il était peu probable que le rétablissement d'un rapport avec son épouse améliorerait un long pattern d'activités et de repas distincts, l'absence de rapports sexuels, les demandes constantes de plus d'argent et les querelles intempestives. Avec l'aide du thérapeute, AS a progressivement cerné le genre de relation qu'il souhaiterait entretenir avec une femme et en vint, à contrecœur, à la conclusion que ce genre de relation ne serait pas possible avec son épouse. Son épouse entama éventuellement des procédures de divorce. Le thérapeute a facilité pour le patient l'examen des aspects positifs et négatifs de sa relation avec son épouse, de ses sentiments de perte et de colère envers elle et d'autres membres de la famille qui, à ses yeux, prenaient position en faveur de son épouse dans les procédures de divorce, et d'idées quant à la manière dont il pourrait établir une relation intime avec une autre femme.

À la huitième séance, le score à l'échelle HDRS de AS était descendu à 8. Bien que AS eut encore tendance à rester à la maison et à communiquer avec très peu de personnes, il avait rencontré de nouvelles connaissances, rétabli le contact avec d'anciens amis, et s'était mis en quête de nouvelles compagnes. AS démêla aussi les sentiments ambigus qu'il entretenait au sujet de ses enfants et examina différentes manières de mieux communiquer avec eux.

Au cours des séances de la phase finale du traitement, le thérapeute repassa avec AS le parcours du traitement, y compris les conclusions qu'il devait mettre un terme à sa relation conjugale, faire face à ses sentiments par rapport à la perte de cette relation, agrandir son cercle social et améliorer la communication avec ses enfants. Au cours de ce traitement, sa dépression majeure s'était considérablement améliorée, et

il n'avait plus que des symptômes légèrement dépressifs. À la seizième séance, le score de AS à l'échelle HDRS était de 6. Au cours de la discussion au sujet de la fin planifiée de la thérapie, AS indiqua qu'il voulait continuer la psychothérapie au delà des seize séances, étant donné qu'il vivait le stress continu des procédures de divorce et qu'il voulait aussi développer davantage ses relations sociales, familiales et romantiques. Le thérapeute a continué de travailler avec AS dans un traitement de maintien en PTI au cours duquel AS a manifesté une amélioration soutenue de sa capacité de relations aux autres. Il est demeuré sans symptômes de dépression.

## Conclusion

La psychothérapie interpersonnelle semble bien convenir aux personnes âgées. Les quatre domaines problématiques qu'aborde la PTI englobent plusieurs des problèmes vitaux que l'on observe généralement en pratique clinique chez les personnes âgées et qui sont associés à la dépression. La nature coopérative de la PTI et son approche axée sur les problèmes sont conformes aux recommandations plus générales pour le recours à la psychothérapie chez les personnes âgées (Knight, 2004). Les études portant sur la PTI, tout comme nos propres travaux, indiquent qu'il faut peu d'ajustement pour appliquer cette psychothérapie chez des personnes âgées. Par contre, les personnes qui dispensent des services cliniques auprès des aînés doivent connaître la gériatrie, la psychologie gériatrique et les lignes directrices de la pratique clinique auprès de cette clientèle âgée (*American Psychological Association*, 2004).

Nous avons constaté que la grande majorité des personnes âgées traitées à l'aide de PTI suivent la psychothérapie au complet. La plupart des personnes âgées apprécient la position de collaboration de la PTI et son approche circonscrite dans le temps. De plus, nous avons constaté, qu'en pratique clinique, la plupart des aînés traités à l'aide de la PTI manifestent une diminution importante de leurs symptômes dépressifs (Hinrichsen et Clougherty, 2006). Deux études portent à croire que la PTI est utile dans le traitement intensif de la dépression chez les aînés, bien que d'autres essais cliniques plus déterminants demeurent nécessaires. La PTI est utile pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes âgées ayant des problèmes de santé physique. Les études sur le traitement de stabilisation et sur le traitement de maintien indiquent que certains aînés qui souffrent de dépression — mais pas tous — pourraient profiter d'un traitement de maintien en PTI sur une base mensuelle.

## Références

- ALEXOPOULOS, G., MEYERS, B., YOUNG, R., CAMPBELL, S., SILBERSWEIG, D., CHARLSON, M., 1997, "Vascular depression" hypothesis, *Archives of General Psychiatry*, 54, 915-922.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), Author, Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2004, Guidelines for psychological practice with older adults, *American Psychologist*, 59, 236-260.
- APA WORKING GROUP ON THE OLDER ADULT, 1998, What practitioners should know about working with older adults, *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 413-427.
- ARBUCKLE, T. Y., NOHARA-LECLAIR, M., PUSHKAR, D., 2000, Effect of off-target verbosity on communication efficiency in a referential communication task, *Psychology and Aging*, 15, 65-77.
- BLAZER, D. G., 2003, Depression in late life: Review and commentary, *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, 249-265.
- BRUCE, M. L., 2002, Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life, *Biological Psychiatry*, 52, 175-184.
- CARSTENSEN, L. L., GOTTMAN, J. M., LEVENSON, R. W., 1995, Emotional behavior in long-term marriage, *Psychology and Aging*, 10, 140-149.
- CONWELL, Y., 1994, Suicide in the elderly in Schneider, L. S., Reynolds, C.F. Iii, Leibowitz, B. D., Friedhoff, A. J., eds., *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life: Results of the NIH Consensus Development Conference*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 397-418.
- CONWELL, Y., DUBERSTEIN, P. R., CAINE, E. D., 2002, Risk factors for suicide in later life, *Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
- GOODMAN, C. R., SHIPPY, R. A., 2002, Is it contagious? Affect similarity among spouses, *Aging and Mental Health*, 6, 266-274.
- HAMILTON, M., 1960, A rating scale for depression, *Journal of Neurology and Neurosurgical Psychiatry*, 23, 56-62.
- HINRICHSSEN, G. A., 1991, Adjustment of caregivers to depressed older adults, *Psychology and Aging*, 6, 631-639.
- HINRICHSSEN, G. A., 1997, Interpersonal psychotherapy for depressed older adults, *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 239-257.
- HINRICHSSEN, G. A., 1999, Treating older adults with interpersonal psychotherapy of depression, *Journal of Clinical Psychology: In Session: Psychotherapy in Practice*, 55, 949-960.



- HINRICHSSEN, G. A., 2004, June, *Training and Application of PTI in a Geriatric Outpatient Setting*, Paper presented at the First International Conference on Interpersonal Psychotherapy, Pittsburgh, PA.
- HINRICHSSEN, G. A., ADELSTEIN, L., MCMENIMAN, M., 2004, Expressed emotion in family members of depressed older adults, *Aging and Mental Health : An International Journal*, 8, 343-351.
- HINRICHSSEN, G. A., CLOUGHERTY, K. F., 2006, *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Older Adults*, American Psychological Association, Washington, DC.
- HINRICHSSEN, G. A., EMERY, E. E., 2005, Interpersonal factors and late-life depression, *Clinical Psychology : Science and Practice*, 12, 264-275.
- HINRICHSSEN, G. A., HERNANDEZ, N. A., POLLACK, S., 1992, Difficulties and rewards in family care of the depressed older adult, *Gerontologist*, 32, 486-492.
- HINRICHSSEN, G.A., POLLACK, S., 1997, Expressed emotion and the course of late-life depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 336-340.
- HOOLEY, J. M., ORLEY, J., TEASDALE, D. J., 1986, Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients, *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- JOINER, T. E., KATZ, J., 1999, Contagion of depressive symptoms and mood : Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints, *Clinical Psychology : Science and Practice*, 6, 149-164.
- KLERMAN, G. L., BUDMAN, S., BERWICK, D., WEISSMAN, M., DAMICO-WHITE, J., DEMBY, A., FELDSTEIN, M., 1987, Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care, *Medical Care*, 25, 1078-1088.
- KLERMAN, G. L., WEISSMAN, M. M., ROUNSAVILLE, B. J., CHEVRON, E. S., 1984, *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
- KNIGHT, B., 2004, *Psychotherapy with Older Adults* (3rd ed.), Sage, Thousand Oaks, CA.
- LENZE, E. J., DEW, M. A., MAZUMDAR, S., BEGLEY, A. E., CORNES, C., MILLER, M. D., 2002, Combined pharmacology and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression : Effects on social adjustment, *American Journal of Psychiatry*, 159, 466-468.
- LEVINSON, D.J., DARROW, N. C., KLEIN, E. B., LEVINSON, M. H., MCKEE, B., 1978, *The Seasons of a Man's Life*, Knopf, New York.

- LPTIZIN, B., GROB, M. C., EISEN, S. V., 1988, Family burden of demented and depressed elderly psychiatric inpatients, *Gerontologist*, 28, 397-401.
- MILLER, M. D., SILBERMAN, R. L., 1996, Using interpersonal psychotherapy with depressed elders in Zarit, S. H., Knight, B. G., eds., *A Guide to Psychotherapy and Aging*, American Psychological Association, Washington, DC, 83-99.
- MOSSEY, J. M., KNOTT, K. A., HIGGINS, M., TALERICO, K., 1996, Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling, for subdysthymic depression in medically ill elderly, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 51A, M172-M178.
- MURRELL, S. A., HIMMELFARB, S., 1989, Effects of attachment bereavement and pre-event conditions on subsequent depressive symptoms in older adults, *Psychology and Aging*, 4, 166-172.
- PRUCHNO, R., 1999, Raising grandchildren: The experiences of Black and White grandmothers, *The Gerontologist*, 39, 209-221.
- REYNOLDS, C. F., III, FRANK, E., PEREL, J. M., IMBER, S. D., CORNES, C., MILLER, M. D., et al., 1999, Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A randomized controlled trial in patients older than 59 years, *Journal of the American Medical Association*, 281, 39-45.
- REYNOLDS, C. F., III, DEW, M. A., POLLOCK, B. G., MULSANT, B. H., FRANK, E., MILLER, M. D., et al., 2006, Maintenance treatment of major depression in old age, *The New England Journal of Medicine*, 354, 11, 1130-1138.
- ROSOW, I., 1967, *Social Integration of the Aged*, Free Press, New York.
- ROTHBLUM, E. D., SHOLOMSKAS, A. J., BERRY, C., PRUSOFF, B. A., 1982, Issues in clinical trials with the depressed elderly, *Journal of the American Geriatrics Society*, 30, 694-699.
- SANDBERG, J. G., MILLER, R. B., HARPER, J. M., 2002, A qualitative study of marital process and depression in older couples, *Family Relations*, 51, 256-264.
- SCHULZ, R., O'BRIEN, A. T., BOOKWALA, J., FLEISSNER, K., 1995, Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes, *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- SCOGIN, F., MCELREATH, I., 1994, Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 403-407.
- SHANAS, E., 1979, Social myth as hypothesis: The case of the family relations of old people, *The Gerontologist*, 19, 3-9.

- SHOLOMSKAS, A. J., CHEVRON, E. S., PRUSOFF, B. A., BERRY, C., 1983, Short-term interpersonal therapy (PTI) with the depressed elderly : Case reports and discussion, *American Journal of Psychotherapy*, 37, 552-566.
- SLOANE, R. B., STAPLES, F. R., SCHNEIDER, L. S., 1985, Interpersonal psychotherapy versus nortriptyline for depression in the elderly in Burrows, G., Norman, T.R., Dennerstein, L., eds., *Clinical and Pharmacological Studies in Psychiatric Disorders*, John Libbey, London, 344-346.
- TERI, L., LOGSDON, R. G., UOMOTO, J., MCCURRY, S. S., 1997, Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial, *Journals of Gerontology : Psychological Sciences*, 52B, P159-P166.
- TOWER, R. B., KASL, S. V., 1996, Depressive symptoms across older spouses : Longitudinal influences, *Psychology and Aging*, 11, 683-697.
- WEISSMAN, M. M., BRUCE, M. L., LEAF, P. J., FLORIO, L. P., HOLZER, C., 1991, Affective Disorders in Robbins, L. N., Regier, D.A., eds., *Psychiatric Disorders in America : The Epidemiologic Catchment Area Study*, Free Press, New York, 53-80.
- WEISSMAN, M. M., MARKOWITZ, J. C., KLIERMAN, G. L., 2000, *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- WHITBOURNE, S. K., 1987, Personality development in adulthood and old age, Relationships among identity style, health, and well being in Schaie, K.W., ed., *Annual Review of Gerontology and Geriatrics : Vol. 7, Experimental and Applied Psychology*, Springer, New York, 189-216.
- ZISOOK, S., SHUCHTER, S. R., 1991, Depression through the first year after the death of a spouse, *American Journal of Psychiatry*, 148, 1346-1352.
- ZWEIG, R. A., HINRICHSSEN, G. A., 1993, Factors associated with suicide attempts by depressed older adults: A prospective study, *American Journal of Psychiatry*, 150, 1687-1692.

## **ABSTRACT**

### **Interpersonal psychotherapy in the treatment of depression in older adults**

In this paper, the authors explain why Interpersonal Psychotherapy (PTI) is a particularly apt psychosocial treatment for depression in older adults; they discuss issues that can emerge in the process of implementing PTI with older adults; review the research conducted on older adults treated with PTI, and present two case summaries to illustrate the application of PTI to this population. PTI suits depressed older adults especially well because its foci match many of the issues

that older adults face and that for some can trigger depression. In addition, PTI is a good fit for older adults because of its psychoeducational component, use of the medical paradigm, and collaborative, problem-focused, time-limited nature. PTI necessitates very little adaptation for older adults but should be informed by knowledge of gerontology and geropsychology. Some research and their clinical practice suggest that acute (i.e., weekly) PTI reduces depression symptoms in older adults but more research needs to be conducted. Interpersonal Counseling, a modified version of PTI, has been found to be effective in the treatment of depressive symptoms in older adults with medical problems. Continuation/Maintenance (i.e., monthly) PTI has been shown to be beneficial to some but not all older adults with major depression. Two cases are described that illustrate the implementation of PTI. One case focuses on interpersonal disputes and the other focuses on role transition.

## **RESUMEN**

### **La psicoterapia interpersonal (PTI) en el tratamiento de la depresión en los ancianos**

En este artículo, los autores explican por qué la psicoterapia interpersonal (PTI) es un tratamiento psicosocial particularmente eficaz para curar la depresión en los ancianos. Abordan las cuestiones que pueden surgir en el momento del empleo de la PTI en los ancianos y examinan los estudios sobre los ancianos tratados con la ayuda de la PTI. Al final presentan dos viñetas clínicas que ilustran la aplicación de la PTI en este grupo de personas. La PTI conviene particularmente bien a los ancianos en depresión porque la problemática abordada se asemeja mucho a las dificultades a las que los ancianos se enfrentan y que pueden, en algunos casos, desencadenar la depresión. Además, la PTI conviene bien a los ancianos a causa de sus componentes psicoeducativos, de su recurso al paradigma médico y de su naturaleza cooperativa, centrada en los problemas y circunscrita en el tiempo. Aunque la PTI necesita ser adaptada muy poco para su aplicación en los ancianos, debe apoyarse en los conocimientos de la gerontología y la psicología geriátrica. Ciertos estudios, al igual que nuestra práctica clínica, indican que el tratamiento intensivo (es decir, diario) en psicoterapia interpersonal reduce los síntomas de la depresión en los ancianos, pero serán necesarios más estudios para confirmar esta hipótesis. El consejo interpersonal —una versión modificada de la PTI— ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los síntomas de la depresión en los ancianos con problemas médicos. Seguir el tratamiento

o el tratamiento de mantenimiento mensual en PTI resulta benéfico en ciertos ancianos que sufren de patología depresiva grave. Los autores presentan dos casos que ilustran el empleo de la PTI. El primer caso se trata de los conflictos interpersonales mientras que el segundo se centra en las transiciones de roles.

## **RESUMO**

### **A psicoterapia interpessoal (TIP) para o tratamento da depressão nas pessoas idosas**

Neste artigo, os autores explicam porque a psicoterapia interpessoal (TIP) é um tratamento psicossocial particularmente eficaz para tratar a depressão nas pessoas idosas. Eles abordam questões que podem surgir durante a realização da TIP junto a pessoas idosas e examinam estudos que tratam dos idosos tratados com a ajuda da TIP. Finalmente, eles apresentam dois exemplos clínicos que ilustram a aplicação da TIP a este grupo de pessoas. A TIP convém relativamente bem aos idosos em depressão, já que as problemáticas abordadas são muito semelhantes às dificuldades às quais os idosos sofrem e que podem, em alguns deles, desencadear a depressão. Além disto, a TIP convém bem aos idosos por causa de seus componentes psicoeducativos, de seu recurso ao paradigma médico e da natureza cooperativa, baseada nos problemas e circunscrita no tempo. Apesar da TIP necessitar de muito pouca adaptação para sua aplicação nas pessoas idosas, ela deveria apoiar-se em conhecimentos em gerontologia e em psicologia geriátrica. Alguns estudos, além de nossa prática clínica, indicam que o tratamento intensivo (ou seja, semanal) em psicoterapia interpessoal reduz os sintomas da depressão nos idosos, mas seria necessário haver mais estudos para confirmar esta hipótese. O aconselhamento interpessoal — uma versão modificada da TIP — demonstrou sua eficácia no tratamento dos sintomas da depressão nos idosos com problemas médicos. A continuação do tratamento ou o tratamento de manutenção em TIP em base mensal mostrou-se benéfica em algumas pessoas idosas que sofrem de patologia depressiva grave. Os autores apresentam dois casos que ilustram a aplicação da TIP. O primeiro caso trata de conflitos interpessoais, ao passo que o segundo é baseado na transição de papéis.